

## Eureko Mediko Sağlık Gider Formu

Eureko Sigorta Tazminat Birimi'ne,  
Sağlık harcamalarıma ait fatura ve tıbbi belgeler sağlık poliçemin teminat ve limitleri dahilinde değerlendirilmek üzere ektedir. Bu formda verdiğim tüm bilgi ve belgelerin tam ve doğru olduğunu, gerekli görüldüğü taktirde Eureko Sigorta A.Ş.'nin ekteki belgeleri veren kurum veya hekim nezdinde her türlü bilgiyi almaya muvaffakiyet verdiğimi, Poliçe Genel ve Özel Şartları içerisinde ödeme ve ödemeyi takip eden 15 gün içerisinde tarafımdan yazılı itiraz yapılmaması halinde Eureko Sigorta'ya bu konudaki taahhüdümün ibra eylediğimi kabul ederim.

POLİÇE NO:

MÜŞTERİ NO / KART NO:

SİGORTALI ADI SOYADI:

FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____
FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____
FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____
FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____
FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____
FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____
FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____
FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____
FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____
FATURA TARİHİ: ___ / ___ / _____	FATURA NO: _____	FATURA TÜRÜ: _____

### SİGORTALI BANKA BİLGİLERİ \*

\*(İlgili tutarın, sistemde var olan banka hesap bilgilerinizden farklı bir hesabınıza yatırılmasını istiyorsanız doldurunuz.)

Banka Adı: Şube Kodu-Adı: Hesap No:

Formun Dolduruluş Tarihi:

Sigortalı Adı - Soyadı:

İmza:

Tazminat değerlendirmelerinizde daha hızlı hizmet verilebilmesi için;

Bu forma fatura, makbuz, doktor raporu, reçete, ilaç küpürlerinin asılları ve doktor sevk kağıdı, epikriz raporu gibi gerekli diğer belgeleri ekleyiniz.